Klinische Studien über die Aetiologie der Dysmenorrhoe.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doctorwürde

vorgelegt der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Albert-Ludwigs-Universität

zu

FREIBURG

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL

von

Hermann Stüben

aus Kating (Schlesw.-Holst.).

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545322_0090

Unter Dysmenorrhoe verstehen wir den besonders schmerzhaften Ablauf einer Monatsblutung. Da jedoch normalerweise die Menstruation mit mehr oder weniger stark ausgesprochenem Krankheitsgefühl und Schmerzen einhergeht, der Begriff des Schmerzes aber der subjektiven Beurteilung jedes einzelnen Individuums unterliegt, ist es zuweilen nicht leicht, die Grenze zwischen den physiologischen und pathologischen Menstruationsbeschwerden zu ziehen; ich halte es deshalb für nötig, anzugeben, wie weit ich den Begriff Dysmenorrhoe, soweit ich sie für meine Arbeit heranzog, ausgedehnt habe. Ich habe für diese Arbeit nur die Fälle berücksichtigt, wo die Patientinnen allein, oder wenigstens zur Hauptsache wegen ihrer außerordentlich heftigen, von ihnen selbst als krampfartig bezeichneten, zur Zeit der Menstruation empfundenen Schmerzen in die Klinik kamen, und bei denen die genaue gynäkologische Untersuchung keine gröberen, außer den in Frage stehenden, von einigen Autoren als Ursache angesehenen Abnormitäten des Genitalapparates, wie z. B. Retroflexio uteri u. a. aufwies.

Die Frage nach der Ätiologie der Dysmenorrhoe ist bis jetzt noch nicht einheitlich gelöst und bildet noch heute, obwohl schon unendlich viel darüber geforscht, geschrieben und debattiert worden ist, eine der schwierigsten und interessantesten Aufgaben der Gynäkologie. Als die Ursache der Menstrualkoliken wird eine Reihe Momente allgemeiner und lokaler Natur angeführt, abgesehen von den Entzündungszuständen der Genitalorgane und anderen pathologisch nachweisbaren Zuständen, bei denen das Zustandekommen der Schmerzen keiner Erklärung bedarf. Diese sind natürlich von dem Kapitel der eigentlichen Dysmenorrhoe ausgeschlossen.

Die Ansichten über die Ätiologie der Dysmenorrhoe, die ich in der Literatur vorfand, lassen sich zweckmäßigerweise in zwei Hauptgruppen einteilen, erstens in solche, die in nachweisbaren, lokalen Genitalanomalien und zweitens in solche, die in allgemeinen Abnormitäten der Patientinnen die Ursache suchen ohne jede örtliche Anomalie. Erstere

funden, die beschuldigt werden, Dysmenorrhoe hervorzurufen. Daß sie also wirklich zugegen sind, ist ein Faktum; daß sie aber wohl meistens nicht der wirkende Grund sind, glaube ich aus einigen auffallenden Daten meines Materiales entnehmen zu können.

Der besseren Uebersicht halber halte ich es für notwendig, hier eine Tabelle einzuschieben, in der alle Punkte, die mir bei meinem Materiale aufgefallen, angeführt sind.

Die in dieser Arbeit berücksichtigten Fälle erstrecken sich auf einen Zeitraum von sieben Jahren, vom Jahre 1904, wo Geheimrat Krönig die Leitung der hiesigen Frauenklinik übernahm, bis zum 31. Dezember 1910. In diesen 7 Jahren kamen hier 180 Fälle von ausgesprochener Dysmenorrhoe zur klinischen Beobachtung. Auffallend ist zunächst, daß sich unter diesen 180 Patientinnen nur 41 verheiratete Frauen befanden, also nur rund $22^3/_4\,\%$ gegenüber 139 ledigen Patientinnen, mit rund $77^1/_4\,\%$. Verheiratete Frauen sind also bei weitem nicht so oft von Dysmenorrhoe befallen, wie ledige. Diese Tatsache ist so auffallend, daß sie bei der Frage nach der Aetiologie der Dysmenorrhoe nicht unberücksichtigt bleiben darf. Der Grund hierfür muß also wohl in irgendwelchen Veränderungen liegen, die die Ehe schafft. Freilich muß man auch daran denken, daß vielleicht die Ehe als solche gar nicht im Zusammenhang steht mit der Dysmenorrhoe, sondern daß es lediglich die ersten Pubertätsjahre sind, die aus irgend welchen Gründen zur Dysmenorrhoe prädisponieren. Dann würde sich die numerische Ueberlegenheit der unverheirateten dysmenorrhoischen Patientinnen gegenüber den verheirateten ja einfach aus der Tatsache erklären, daß wohl in fast allen Fällen die zur Dysmenorrhoe prädisponierenden Jahre vor dem Eintritt in die Ehe liegen. Wodurch dann aber die Dysmenorrhoe gerade in den ersten Pubertätsjahren bedingt sein könnte, wäre recht unklar. Daß etwa allein durch eine noch nicht völlig abgeschlossene Entwicklung des Genitalsystems die dysmenorrhoischen Schmerzen bedingt sein könnten — vielleicht in der oben von Moericke angegebenen Weise — dagegen spricht die auch oft in der Literatur angegebene Tatsache, daß die Menstrualkoliken zum allergrößten Teil nicht gleich bei den ersten Perioden auf-

Zahl	Beruf	ledig	verheiratet	steril	Klagen über Sterilität	Patientinnen die geboren haben	I. Menses Jahre	Hysterie	subjektive Aetiologie	Chlorose	Infantilismus	Menorrhagien
54	Dienstmädchen	54	—	—	—	6	15,28	9	14	16	3	6
19	Fabrikarbeiterinnen	16	3	1	1	4	15,21	6	3	2	2	2
14	Köchinnen	14	—	—	—	2	16	2	2	4	—	1
11	Feldarbeiterinnen	11	—	—	—	—	15,54	2	2	4	2	2
27	Arbeiterfrauen	—	27	14	7	13	16	4	3	6	3	8
38	leichteren z. T. unbekannten Berufs	38	—	—	—	—	15,08	4	7	14	1	5
10	I. Verpflegungskl.	2	8	7	7	1	13,57	—	—	2 (1 verheir.)	—	—
7	II. Verpflegungskl.	4	3	3	2	—	14,5	—	—	1	—	—
180	17 erster resp. II. Verpflegungskl.	139 = 77¼ %	41 = 22¾ %	25 = 61 %	17 = 68 %	26 [von denen 10 ledig] 16 verheiratet = 39 %	—	27 (von denen 11 subjektiver Aetiologie) also 16 = 9,8 %	31 = 19 %	49 von denen 42 ledig = 30 % 11 hysterisch resp. subjektive Aetiologie	11 = 6,11 %	24 = 13,33 %

28,8 %

traten, sondern gewöhnlich erst einige Jahre nach Eintritt der Menses. Ob diese Ansicht überhaupt für die sogenannten Pubertätsdysmenorrhoen zutrifft, bleibt vorerst auch nur eine Vermutung. Verheiratete Patientinnen sind also nicht deswegen in der Minderzahl, weil sie etwa die zur Dysmenorrhoe prädisponierenden Jahre überstanden hätten. Wir müssen vielmehr bei dieser auffallenden Tatsache, daß über $^3/_4$ sämtlicher Patientinnen ledig und nur kaum $^1/_4$ verheiratet war, doch wohl annehmen, daß die Ehe in irgend einem ätiologischen Zusammenhang mit der Dysmenorrhoe steht, es sei nun, daß durch einen geregelten Geschlechtsverkehr funktionelle Veränderungen allgemeiner oder spezieller Art auftreten, oder sei es, daß die Ehe psychisch auf die Frauen so einwirkt, daß sie während der Ehe sehr selten an Dysmenorrhoe leiden. Ob ersteres überhaupt der Fall ist und speziell im ätiologischen Zusammenhang steht mit der Dysmenorrhoe, ist zum mindesten nur eine Vermutung. Ferner scheint mir der Beweis von Vertretern der mechanischen Dysmenorrhoe, daß die durch die Geburt eines Kindes gesetzten anatomischen Veränderungen am Genitale der Mutter, wie Dilatation und Einrisse der Cervix, imstande seien, die Frau von Dysmenorrhoe zu befreien, resp. sie davor zu schützen, keine allgemeine Gültigkeit zu haben. Ich halte es für einen Zufall, wenn von den 41 verheirateten dysmenorrhoischen Patientinnen meines gesammelten Materials 25 steril geblieben waren, gegenüber 16, die geboren hatten, das sind also 61 % gegenüber 39 %. Dieser geringe Unterschied in den Prozentzahlen scheint mir in Anbetracht der geringen Zahl von verheirateten Patientinnen zu wenig beweiskräftig zu sein, als daß man wichtige Schlüsse daraus ziehen könnte. Manche Fälle von Dysmenorrhoe mögen durch diese anatomischen Veränderungen beseitigt oder verhütet werden und folglich mögen manche Fälle von Dysmenorrhoe ihren Grund haben in anatomischen Abnormitäten des Genitalapparates, die durch eine Geburt beseitigt werden können. Ob aber in allen Fällen in diesen anatomischen Verhältnissen die Aetiologie der Dysmenorrhoe gesucht werden muß, ist fraglich.

Ich glaube vielmehr, diesen geringen Prozentsatz von verheirateten Frauen gegenüber ledigen und speziell von solchen, die geboren hatten gegenüber sterilen Patientinnen — von 180 Patientinnen hatten nämlich nur 16 verheiratete und 10 ledige Frauen geboren — auch noch auf eine andere Ursache zurückführen zu müssen, nämlich auf psychische Veränderungen der Frau, die durch die Ehe geschaffen werden. Die Frau ist nach der Geburt des Kindes in ganz neue Verhältnisse gekommen; sie ist Mutter geworden, sie sieht ihren sehnlichsten Wunsch erfüllt und ist jetzt ganz eingenommen von der sorgenden Liebe zum Kind; die Geburt hat ihr Befriedigung verschafft, der Zweck ihres Daseins ist erreicht. Und in diesem Bewußtsein täuscht sie sich leicht über die vielleicht vorher vorhandenen Menstrualkoliken hinweg. Es ist also auch wohl eine psychische Veränderung, besonders bei der verheirateten Frau, die die Geburt eines Kindes schafft, und die die Dysmenorrhoe so selten nach einer Geburt auftreten läßt.

Ob nun die anatomischen oder die psychischen Veränderungen hierbei die Hauptrolle spielen, ist schwer zu beweisen. Ich glaube, daß das psychische Moment hierbei in erster Linie in Betracht kommt.

Eine Stütze für die Wahrscheinlichkeit dieser Ansicht scheint mir eine auffallende Tatsache bei den übrigen 25 verheirateten Patientinnen zu sein, die nach längerer oder kürzerer Ehe steril geblieben waren und die das größere Kontingent unter den verheirateten Patientinnen stellen. Ist es an und für sich schon merkwürdig, daß unter den verheirateten 41 Patientinnen mit Dysmenorrhoe die sterilen Frauen überwiegen, obwohl doch die sterile Ehe eine Ausnahme ist, so fällt wohl noch mehr auf — und dadurch bin ich auf die Vermutung einer psychogenen Ätiologie gekommen — daß von diesen 25 sterilen Patientinnen 17 mit Klagen eben über ihre Sterilität in die Klinik kamen = 61 %. Diese 17 empfanden also ihre Sterilität als Abnormität und Krankheit, als ein psychisches Trauma. Es muß meiner Ansicht nach ein ätiologischer Zusammenhang zwischen dieser verhältnismäßig großen Zahl von Klagen über Sterilität einerseits und Dys-

menorrhoe andererseits bestehen. Entweder ist die Dysmenorrhoe oder die Sterilität das primäre Uebel. Daß die Sterilität durch die Dysmenorrhoe bedingt sein könnte, möchte ich nicht annehmen. Leider läßt es sich nicht mit Bestimmtheit aus den Journalen ersehen, ob die Dysmenorrhoe hier das primäre Uebel ist, da die näheren Angaben über ihren Beginn zum größten Teil fehlen, ich also nicht sagen kann, ob die Dysmenorrhoe in diesen Fällen schon vor der Ehe bestanden hat, oder erst während derselben aufgetreten ist. Für die letztere Annahme aber spricht wohl, daß diese Patientinnen erst während der Ehe in ärztliche Behandlung gekommen sind und daß einige Patientinnen behaupteten, ihr Leiden sei erst nach der Heirat aufgetreten. Uebrigens beweisen auch die oben erwähnten 26 Patientinnen, die geboren hatten, daß Dysmenorrhoe absolut keine Sterilität bedingt. Man muß also daran denken, daß in irgend einer Weise die Dysmenorrhoe durch die Sterilität hervorgerufen war. Und da gibt uns wohl die verhältnismäßig große Zahl von Klagen über Sterilität einen Anhaltspunkt. Der dringende Wunsch nach Kindersegen läßt diese Patientinnen gar zu leicht die Ursache ihrer Sterilität in einer Abnormität ihres Geschlechtsapparates suchen. Das dauernde dringende Verlangen nach Nachkommenschaft und vielleicht auch die unbewußten Selbstvorwürfe stellen für die Frau eine psychische Noxe dar, die sie das Unangenehme des Menstruationsprozesses viel lebhafter empfinden lassen als Frauen mit gesunden widerstandsfähigen Nerven. Denn daß psychische Affekte einen sehr großen Einfluß auf die Menstruation haben, ist allgemein bekannt. Es hat sich also, glaube ich annehmen zu dürfen, bei diesen Patientinnen infolge der Sterilität eine monosymptomatische Hysterie ausgebildet. Wenn ich ferner konstatieren kann, daß von diesen letztgenannten 17 Patientinnen 9 Frauen erster, bezw. zweiter Klasse in der Klinik lagen, wo von 11 verheirateten Patientinnen dieser Klassen überhaupt nur 10 steril waren, daß also fast alle dysmenorrhoischen sterilen Patientinnen erster und zweiter Klasse mit Klagen über ihre Sterilität in die Klinik kamen, so werde ich in der Annahme einer monosymptomatischen Hysterie noch bestärkt. Die Sterilität wird von einer sozial gut gestellten Frau aus begreiflichen

Gründen besonders hart empfunden. Die Unfruchtbarkeit ist für eine wohlhabende Frau ein besonders hartes psychisches Trauma. Ihre Gedanken konzentrieren sich mehr wie bei einer arbeitenden Frau, deren Gedanken durch tägliche Arbeiten und Sorgen in Anspruch genommen werden, von einer Periode zur anderen immer mehr auf das Geschlechtsleben. Es bilden sich bei ihr gar zu leicht krankhafte Vorstellungen, die sie natürlich dem Corpus delicti zuschiebt; und so kommt es, daß ihre uterinen Nerven besonders reizbar sind, daß sie besonders für Dysmenorrhoe prädisponiert ist. Vielleicht litten auch die übrigen der 25 sterilen Patientinnen unter ihrer Sterilität, wie die 17, die mit ausgesprochenen Klagen kamen; nur daß aus irgendwelchen mir unbekannten Gründen in den Journalen die Angaben über Klagen fehlen. Ziehen wir also aus dem bisher Gesagten unsere Schlüsse, so ergibt sich, daß wir bei der Frage nach der Ätiologie der Dysmenorrhoe in erster Linie wohl die Psyche der Frau berücksichtigen müssen. Wird diese in irgend einer Weise, wie oben ausgeführt, z. B. durch Sterilität, geschädigt, so sehen wir oft dysmenorrhoische Beschwerden auftreten.

Das Gros der Fälle von Dysmenorrhoe geben, wie ich oben erwähnt habe, die ledigen Patientinnen ab, von 180 Fällen 139; und zwar lagen von diesen 139 ledigen Patientinnen nur sechs erster, bezw. zweiter Klasse in der Klinik, gegenüber 133, die alle der arbeitenden Klasse angehörten. Dies Mißverhältnis zwischen diesen beiden Zahlen muß seinen Grund haben. Entweder frequentieren die Patientinnen der wohlhabenden Klassen nicht in dem Maße die Klinik wie die arbeitenden Klassen, vielleicht weil sie sich zur Zeit ihrer dysmenorrhoischen Beschwerden schonen können, vielleicht aus anderen Gründen, oder aber, sie leiden lange nicht in solcher Anzahl an Dysmenorrhoe. Ich glaube kaum, daß die erste Möglichkeit allein richtig ist. Es ist nicht anzunehmen, daß gerade bei besser situierten Kranken, deren Nervensystem bekanntlich besonders empfindlich ist, einfache Schonung die Beschwerden beseitigen könnte, auch nicht, daß irgend welche äußere Gründe bei diesen heftigen, krampfartigen Menstruationsbeschwerden sie vom Besuch der

Klinik abhalten könnten. Vielmehr glaube ich zu der Ansicht Grund zu haben, daß die wohlhabenden Klassen weniger an Dysmenorrhoe leiden als die arbeitenden. Was ist nun die Ursache für diese auffallende Tatsache? Die 133 ledigen Patientinnen gehörten zur Hauptsache den schwer arbeitenden Klassen an; es sind Dienstmädchen, Fabrik- und Landarbeiterinnen, Köchinnen etc. Es ist also zu vermuten, daß schwere körperliche Arbeit in irgend einem ätiologischen Zusammenhang mit der Dysmenorrhoe steht. Daß schwere körperliche Arbeit lokal irgendwelche Veränderung schaffen könnte, ist nicht anzunehmen, wohl aber, daß sie auf den ganzen Organismus schädigend einwirkt. Dies scheint auch folgendes zu beweisen: Das Durchschnittsalter für den Eintritt der ersten Periode der arbeitenden Klasse betrug 15,52 Jahre, und zwar trat fast durchweg die Menstruation um so später ein, je schwerer der Beruf der betreffenden Patientinnen war, so daß also die Menses der leichter arbeitenden Klassen, wie Näherinnen, Haustöchter, Lehrerinnen und dergleichen durchschnittlich mit 15,08 Jahren zum ersten Mal eintraten, während die schwer arbeitenden Feldarbeiterinnen mit 15,54 Jahren und die Köchinnen erst mit 16 Jahren zum ersten Male menstruierten. Besonders auffallend ist aber der Unterschied mit den Patientinnen zweiter Klasse, die mit 14,5 Jahren und noch mehr mit denen erster Klasse, die durchschnittlich schon mit 13,58 Jahren zum ersten mal menstruiert waren. Es wäre ja viel zu weit gegangen (zumal sich meine Statistik auf eine zu kleine Zahl, besonders von Patientinnen der ersten und zweiten Klasse beschränkt), wollte man diesen verspäteten Durchschnittstermin von 15,52 Jahren in einen ätiologischen Zusammenhang mit der Dysmenorrhoe bringen; aber man kann mit Recht darauf hinweisen, daß der spätere Eintritt der Menses ein Zeichen für eine zurückgebliebene Entwicklung des Gesamtorganismus ist, die ihrerseits vielleicht zur Dysmenorrhoe prädisponiert, indem dem mehr oder minder unangenehmen und schmerzhaften Menstruationsprozeß ein wenig widerstandsfähiger Organismus gegenüber gestellt ist. Und daß sich bei den Patientinnen der arbeitenden Klassen wirklich oft eine neuropatische

Veranlagung vorfand, das scheint mir folgendes wahrscheinlich zu machen: 31 Patientinnen führten ihr Leiden strikt auf psychische oder physische Insulte aller Art zurück, wie Schreck, Heben von schweren Lasten während einer früheren Periode, Krankheiten verschiedener Art, deren Beziehungen zum Genitalapparat nicht zu erkennen sind, Schicksalsschläge, schwere Dienststellung u. a. Diese Traumen sind jedoch zu mannigfaltig, um eine einheitliche Erklärung für die Ursache der Dysmenorrhoe zuzulassen, wenn man sie nicht als Ausdruck einer Nervenstörung auffaßt. Ich glaube also, daß wir diese 31 Patientinnen alle für hysterisch im weitesten Sinne erklären müssen. Außer diesen 31 von mir als „hysterisch" bezeichneten Patientinnen fand ich noch weitere 16, die bei der Erhebung des Befundes schon als hysterisch bezeichnet wurden, bei denen also die klinische Diagnose auf Hysterie lautete.

Ich bemerke hierbei, daß ich die Diagnose „Nervositas", wie sie sich oft in den Journalen fand, nicht berücksichtigt habe, da sie wohl oft in Voreingenommenheit gestellt worden ist.

Wir hatten also unter 163 ledigen Patientinnen der Arbeiterklasse 47 Hysterische, das sind rund 28,8 %. Es findet sich die Dysmenorrhoe also auffallend oft bei hysterischen Individuen und wir müssen uns diese Tatsache wohl so erklären, daß die Dysmenorrhoe nur ein Ausdruck der Hysterie ist.

Noch ein weiterer Punkt ist mir bei meinem Material aufgefallen, der sowohl die besser situierten, als auch die arbeitenden Klassen betrifft. Das ist die Chlorose, die bekanntermaßen sehr oft mit der Dysmenorrhoe kombiniert ist. Es fanden sich unter den 139 ledigen Patientinnen 42 Chlorotische 30 %. In welcher Weise die Chlorose mit der Dysmenorrhoe zusammenhängt, ist nicht sicher zu sagen. Vielleicht ist es aber auch hier wieder die Labilität des Nervensystems, die ihrerseits wieder die Dysmenorrhoe im Gefolge hat. Denn daß eine Minderwertigkeit des Blutes, wie sie sich bei chlorotischen Individuen findet, und der blutbildenden Organe eine besondere Reizbarkeit des Nervensystems bedingt, lehrt die klinische Erfahrung, wie denn auch von diesen 42 Chlorotischen 11 als hysterisch befunden

wurden. So ist es bei diesen chlorotischen Mädchen wohl auch zur Hauptsache das geschädigte Nervensystem, das zur Dysmenorrhoe prädisponiert.

Nachdem bisher die ledigen und die verheirateten Patientinnen für sich betrachtet sind, will ich der besseren Uebersicht halber zum Schlusse diese beiden Gruppen zusammen kurz behandeln: Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, entfallen auf die dritte Verpflegungsklasse 163 Patientinnen, auf die erste und zweite nur 17. Ueber die etwaige Vermutung, daß besser situierte Frauen wegen Dysmenorrhoe weniger leicht die Klinik aufgesucht hätten, als die arbeitenden Klassen, habe ich oben schon gesprochen. Ich will hier nur noch kurz auf einen Punkt hinweisen, daß nämlich bei den arbeitenden Klassen sich 11 Patientinnen fanden mit Infantilismus der Genitalien und 24 mit Menorrhagien. Auch das ist vielleicht wohl kein zufälliger Befund, jedenfalls der relativ häufig angetroffene Infantilismus nicht. Daß dieser hier nur bei der arbeitenden Klasse angetroffen wurde, hat vielleicht deswegen keine größere Bedeutung, weil sich meine Statistik auf eine zu geringe Zahl der Patientinnen der ersten und zweiten Verpflegungsklasse bezieht. Eine Hypoplasia uteri wird aber auch von anderen als prädisponierendes Moment für die Dysmenorrhoe anerkannt. Man darf wohl annehmen, daß dieser Infantilismus nur eine Erscheinung einer zurückgebliebenen allgemeinen körperlichen Entwicklung ist, die ihrerseits wieder ein schwaches, wenig widerstandsfähiges Nervensystem bedingt, wie ich oben ausgeführt habe. Ueber die Kombination der Menorrhagien mit Dysmenorrhoe habe ich in der Literatur nichts finden können, so daß ich über deren etwaigen Zusammenhang mit der Menstrualkolik nichts sagen kann. Vielleicht sind auch sie nur ein Ausdruck einer nervösen Konstitution.

Resumieren wir noch einmal kurz, so ergibt sich Folgendes:

Die Dysmenorrhoe ist wohl in den meisten Fällen aufzufassen als ein Symptom, als eine Teilerscheinung irgend einer Neurose, z. T. der Hysterie, die ihrerseits wieder durch verschiedene Noxen bedingt sein kann. Unter den prädisponierenden

Schädlichkeiten scheinen gewisse Faktoren eine besondere Rolle zu spielen, die in ihrer ätiologischen Bedeutung bisher z. T. zu wenig gewürdigt, z. T. noch ganz unbekannt sind. Wir können auf Grund der vorstehenden Untersuchungen in erster Linie die soziale Stellung der Frau in Wechselbeziehung zu der Dysmenorrhoe setzen; je mehr der für den Kampf ums Dasein von der Natur geringer ausgestattete Körper der Frau durch äußere Verhältnisse gezwungen ist, körperliche Strapazen auf sich zu nehmen, die z. T. auch während der Menses nicht unterbrochen werden können, um so stärker scheint die Disposition zur Dysmenorrhoe zu sein. Daß dabei konstitutionelle Momente wie Infantilismus, Chlorose, Hysteroneurasthenie den Boden oft schon vorbereitet haben, scheint aus unserem Material ebenfalls deutlich hervorzugehen. In der psychischen Sphäre wiederum ist die Sterilität der Ehe für die Frau allem Anschein nach häufiger ein das Krankheitsbild der Dysmenorrhoe hervorrufendes oder verstärkendes Moment, als man bisher annehmen konnte.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. Kroenig für die bereitwillige Ueberlassung der Arbeit und des Materials, und Herrn Privatdozenten Dr. Gauss für die Unterstützung und das Interesse, das er meiner Arbeit entgegenbrachte, meinen innigsten Dank zu sagen.

Literatur:

Kroenig: Ueber Dysmenorrhoe und nasale Reflexneurosen.

Moericke: Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe.

E. Alexander: Zur Diagnose und Therapie der vom wandständigen Beckenzellgewebe ausgehenden Schmerzen.

A. Theilhaber: Zur Lehre von der Entstehung und Behandlung des Kreuzschmerzes (Centralblatt für Gynaecologie 35, 2).

Menge: Das Wesen der Dysmenorrhoe.

Hollos und Eisenstein (Szeged): Die tuberkulöse Aetiologie der Dysmenorrhoe und ihre Behandlung mit Spengler's Tuberkulinpräparaten. (Gynäkologische Rundschau Bd. I Hft. 23.)

Kermauner (Heidelberg): Ueber Aetiologie und Therapie der Dysmenorrhoe. (Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XXVI Hft. 5.)

M. Tobler: Ueber primäre und sekundäre Dysmenorrhoe (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XXVI Hft. 6.)

J. Veit: Ueber Dysmenorrhoe (Münchener med. Wochenschrift, 1908 Nr. 47).

G. R. Holder (Jacksonville, Florida) Dysmenorrhoe als Symptom einer Abnormität der Beckenorgane (Surgery, Gynecology and obstetrics, Bd. IV Hft. 5).

A. Kuttner (Berlin): Die nasale Dysmenorrhoe (Deutsche med. Wochenschrift 1908 Nr. 24).

Dr. Drenkhalm (Oberstabsarzt in Detmold): Die Behandlung der Dysmenorrhoe.

Lebenslauf.

Ich, Hermann Felix Stüben, geboren am 8. Dezember 1886 zu Kating in Schleswig-Holstein, besuchte von Ostern 1900 ab das Königliche Gymnasium zu Meldorf, welches ich im Herbst 1906 mit dem Zeugnis der Reife für die Universität verließ. Ich studierte 3 Semester in Kiel, 2 Semester in Freiburg, wo ich mein Physikum bestand, dann wieder 1 Semester in Kiel, 1 Semester in München und die letzten 3 Semester wieder in Freiburg, wo ich am 20. November 1911 mein Staatsexamen bestand.